



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Diagnoza dziecka o nieharmonijnym rozwoju - ważne kryteria oceny warunków rozwoju w rodzinie

Author: Jolanta Suchodolska

Citation style: Suchodolska Jolanta. (2017). Diagnoza dziecka o nieharmonijnym rozwoju - ważne kryteria oceny warunków rozwoju w rodzinie. W: E. Ogrodzka-Mazur, U. Szuścik, B. Oelszlaeger-Kosturek (red.), "Edukacja małego dziecka. T. 11, Nauczyciel i dziecko w dobie kryzysu edukacji" (S. 283-296). Cieszyn : Wydział Etnologii i Nauk o Edukacji Uniwersytetu Śląskiego



Uznanie autorstwa - Bez utworów zależnych Polska - Ta licencja zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu zarówno w celach komercyjnych i niekomercyjnych, pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Diagnoza dziecka o nieharmonijnym rozwoju – ważne kryteria oceny warunków rozwoju w rodzinie

Raz uruchomiony zegar rozwoju dziecka
biegnie nieustannie i jest niezwykle precyzyjny¹.

Wstęp

Problematyka diagnozowania zajmuje wiele miejsca w literaturze pedagogiczno-psychologicznej, jak również w obserwacjach zjawisk rozwojowych, wychowawczych, społecznych. Poznawanie potrzeb oraz prawidłowości w rozwoju dziecka to pierwszy i najważniejszy etap w odkrywaniu „[...] najbardziej zagmatwanych labiryntów funkcjonowania dziecka z zaburzeniami”². Dlatego też diagnozowanie warunków rozwoju dziecka jest najbardziej efektywne, jeśli bierze się pod uwagę wiedzę z psychologii, metodologii, a także socjologii, czyli z dziedzin analizujących specyficzne powiązanie wpływów endogennych oraz egzogennych. Rozwój tych subdyscyplin naukowych, ich osiągnięcia metodologiczne przyczyniają się do lepszego rozpoznawania potrzeb dziecka, z uwzględnieniem jego sytuacji rozwojowej i życiowej w ujęciu dynamicznym oraz perspektywie temporalnej. Spojrzenie takie jest konieczne z uwagi na potrzebę holistycznego diagnozowania, mającego na uwadze wszelkie czynniki endo- i egzogenne

¹ T. Hellbrügge, *Wstęp*, w: T. Hellbrügge, F. Lajosi, D. Menner, R. Schamberger, T. Rautenstrauch, *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwoju. Pierwszy rok życia*, wyd. 3, przeł. K. Kołodziej, G. Banaszek, Wrocław: Fundacja „Promyk Słońca” – Atut 2013, s. 39.

² B. Cytowska, B. Winczura, *Wstęp*, w: *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków: Impuls 2006, s. 12.

w obszarze opieki, wychowania, profilaktyki, oceny indywidualnych możliwości na poziomie medycznym i psychologicznym, a także korekcji niepokojącej niepunktualności rozwojowej, nieprawidłowości, deficytów bądź patologizacji rozwojowych. W opracowaniu podejmują kwestie diagnozowania potrzeb i norm rozwojowych małego dziecka, pokazując różne podejścia, które angażują możliwe do zastosowania sposoby oceny, z wykorzystaniem zarówno diagnostyki standardowej, jak i funkcjonalnej.

Triada diagnoza – prognoza – terapia

Diagnoza na ogół skoncentrowana jest na ocenie przebiegu rozwoju, z naciskiem na możliwe nieprawidłowości, zakłócenia/bariery, z jednoczesną próbą wyjaśnienia reakcji emocjonalnych i zachowań dziecka w różnych sytuacjach społecznych³. Dlatego też w ujęciu humanistycznym diagnozę rozumie się w kontekście szerokim – jej celem jest wówczas diagnozowanie obejmujące całość postępowania badawczego, tj. rozpoznanie, program terapii i prognozę – albo w wąskim, kiedy diagnoza odnosi się do samego rozpoznania zaburzenia lub zaburzeń. Bez względu na podejście badawcze ważne jest holistyczne spojrzenie na dziecko i proces jego rozwoju (a także uwarunkowania rozwojowe), i to zarówno podczas gromadzenia danych, jak i w trakcie ich analizowania (z uwzględnieniem klinicznego i psychometrycznego aspektu diagnozy). Istotnymi celami w diagnostyce są zatem nie tylko poznanie podstawowych obszarów problemów i próba ich nazwania, ale przede wszystkim wykorzystanie odpowiednich metod badań i narzędzi diagnostycznych, próba zastosowania informacji dotyczących diagnozy oraz określenie roli środowiska w tworzeniu warunków, które będą sprzyjać bezpiecznemu rozwojowi. Za priorytetowe uważa się też ustalenie poziomu zaspokojenia/niezaspokojenia potrzeb psychicznych dziecka, z uwagi na to, że od niego w wielu przypadkach zależy również punktualność rozwijających się umiejętności.

Zakres treści, które należy uwzględnić w trakcie diagnozy, obejmuje:

- ocenę stopnia rozwoju dziecka w zakresie psychoruchowym, poznawczym, emocjonalno-społecznym;
- czynniki etiologiczne wyznaczające aktualny poziom rozwoju dziecka;
- przewidywane formy wsparcia;
- projektowanie rozwoju osiągnięć dziecka.

³ W szczególności w pedagogice diagnoza jest rozpoznawaniem dziecka przejawiającego zakłócenia bądź zaburzenia w rozwoju oraz wyjaśnianiem jego zachowania w różnych kontekstach życiowych, zwłaszcza w sytuacjach trudnych. Szerzej m.in. A. Siedlaczek, *Diagnostyka pedagogiczna. Przewodnik metodyczny dla studentów pedagogiki*, Częstochowa: Wyd. WSP 1999, s. 9.

Dlatego powinna się ona odnosić do poznania wszystkich, możliwych do zdiagnozowania przez pedagoga/psychologa, czynników działających w okresie prenatalnym i postnatalnym (dotyczących rozwoju fizycznego, psychoruchowego, intelektualnego i osobowościowego dziecka w poszczególnych środowiskach wychowawczych). Ważne jest, by diagnosta miał możliwość wymiany i konfrontacji swoich obserwacji ze specjalistami i by mógł z nimi współpracować, nie tylko na poziomie prowadzonej diagnozy, lecz także na etapie kompleksowego wczesnego wspomagania rozwoju.

Wiele uwagi w obszarze diagnozowania poświęca się diagnostyce pedagogicznej⁴. Jako subdyscyplina młoda, funkcjonująca od początku XX wieku, rozwija się dynamicznie, nieustannie dopasowując narzędzia poznania do zmieniającego się świata. Zarówno diagnostyka pierwotna (lekarska), jak i społeczno-pedagogiczna odwołują się do porównań aktualnego poziomu rozwoju z założonym modelem funkcjonowania dziecka. Odchylenia od szeroko pojmowanej normy wskazują zatem obszary potencjalnych nieprawidłowości rozwojowych bądź zaburzeń. Wskaźniki odchylenia implikują konieczność korekty lub kompensacji, mających na celu przybliżenie funkcjonowania dziecka do kryteriów zdrowia i minimalizowanie zaistniałych deficytów. Diagnoza może być pojmowana jako proces diagnozowania albo jako efekt tego procesu⁵. W pierwszym rozumieniu obejmuje proces podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów, w drugim – traktowana jest jako rezultat całego procesu. Celem diagnozy jest zatem wykrycie przyczyn nieprawidłowości, odchyłeń od normy bądź zaburzeń, określenie ich zakresu i spektrum oddziaływania na poszczególne sfery rozwoju dziecka oraz – w zależności od potrzeb – możliwości oddziaływań naprawczych, korygujących, rehabilitacyjnych (także rewalidacyjnych), służących zminimalizowaniu objawów lub tylko skutków ubocznych, powstających w wyniku działania czynników ryzyka. W tym kontekście, na etapie wstępnej weryfikacji prawidłowości poziomu rozwoju i funkcjonowania dziecka w różnych obszarach jego umiejętności cenną wydaje się diagnoza funkcjonalna⁶, która opisuje zachowania dziecka w określonej

⁴ B. Skalbani, *Diagnostyka pedagogiczna. Wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne*, Kraków: Impuls 2011; E. Jarosz, *Wybrane obszary diagnozowania pedagogicznego*, Katowice: Wyd. UŚ 2002; K. Marzec-Holka, *Wybrane zagadnienia diagnostyki pedagogicznej. Skrypt dla studentów IV roku pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej studiów stacjonarnych oraz II i III roku studiów zaocznych*, Bydgoszcz: WSP 1990.

⁵ Por. szerzej: K. Stemplewska-Zakowicz, *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*, Gdańsk-Sopot: GWP 2011; W.J. Paluchowski, *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy*, Warszawa: WaiP 2007.

⁶ Szerzej m.in. J. Brzeziński, S. Kowalik, *Společne uwarunkowania diagnozy klinicznej*, w: *Společna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa: WN PWN 1993.

sferze, podobnie jak diagnoza pozytywna i negatywna⁷. Diagnoza funkcjonalna może dotyczyć wybranej funkcji, np. motoryki, rozwoju społecznego, jednak najczęściej odnosi się do funkcjonowania w danym obszarze. Uwzględnienie w diagnozie różnych aspektów biologicznych i środowiskowych przyczynia się do uzyskania kompleksowego, wartościowego obrazu rozwoju dziecka⁸, uwzględniającego zarówno mocne, jak i słabe strony oraz zasoby jego środowiska życia, opieki i wychowania⁹. Dlatego też ważnymi ogniwami w pomaganiu dziecku z grupy ryzyka rozwojowego są: diagnoza, prognoza i terapia, obejmujące również kompensację (umożliwiającą uruchomienie naturalnych możliwości zastępczych i mechanizmów uczenia organizmu)¹⁰ i profilaktykę¹¹, niezbędne do zaspokojenia potrzeb i stymulacji dzieci z trudnościami w rozwoju.

Niezależnie od tego, jaki jest cel diagnozy i czego ona dotyczy, istotne jest, aby proces diagnostyczny rozumieć jako postępowanie przybliżające do rozumienia i określenia etapu rozwojowego oraz jego efektu. Ten wynik końcowy objęty jest właśnie diagnozą¹². Postępowanie diagnostyczne, jak również sama diagnoza będąca jego wynikiem powinny być dostosowane do przyjętych, mierzalnych, obiektywnych kryteriów, a więc adekwatne do tego dla kogo i w jakim celu przeprowadzane jest to badanie. Ważna okazuje się w tym miejscu refleksja metodologiczna, która – zdaniem Władysława

⁷ G. Krasowicz-Kupis, K. Wiejak, K. Gruszczyńska, *Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*, t. 1: *Narzędzia dostępne w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i szkołach*, Warszawa: IBE 2014; M. Bogdanowicz, *Diagnoza dysleksji rozwojowej*, w: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Sopot: GWP 2012, s. 121–177.

⁸ Por. m.in. E. Wysocka, *Człowiek a środowisko życia. Podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy*, Warszawa: Żak 2007, s. 63.

⁹ Szerzej na temat m.in. E. Jarosz, *Rozpoznawanie sytuacji psychospołecznej dziecka w rodzinie. Założenia zintegrowanego modelu diagnozy*, w: *Diagnostyka i profilaktyka w teorii i praktyce pedagogicznej*, red. M. Deptuła, Bydgoszcz: Wyd. UKW 2006, s. 72–85.

¹⁰ Znaczenie terminu „kompensacja” jest wielorakie, w zależności od potrzeb związanych z procesem rozwoju. Obok obecnego w procesie wspierania rozwoju człowieka pojęcia kompensacji biologicznej mamy również do czynienia z kompensacją biologiczno-psychiczną oraz kompensacją psychospołeczną, polegającą na stworzeniu danej osobie warunków i możliwości do wybiecia się w jakimś obszarze umiejętności i tym samym zmniejszenia oddziaływania deficytów, zahamowań oraz ograniczeń zdolności/sprawności, poprzez wykazanie zdolności w jakiejś charakterystycznej dla niej, a dotąd niezauważonej sferze działań, ocenianych i odbieranych przez nią jako ważne. W tym ostatnim znaczeniu kompensacja jest procesem planowanym, organizowanym w celu poprawy jakości społecznego funkcjonowania dziecka z deficytami rozwoju indywidualnego.

¹¹ Działania profilaktyczne rozumiane są często jako interwencyjne – na poziomie zapobiegania. Koncentrują się na organizowanie możliwie szybkiego interwencyjnego wsparcia w celu minimalizacji oddziaływań czynników ryzyka rozwojowego lub czynników bezpośrednio patologizujących rozwój.

¹² I. Obuchowska, *Osoby niepełnosprawne. Diagnoza dla rozwoju*, w: *Diagnoza dla osób niepełnosprawnych*, red. D. Lotz, K. Wenta, W. Zeidler, Szczecin: Kwadra 2002.

J. Paluchowskiego – obejmuje zarówno przedmiot oraz cel diagnozy (kogo, w jakim wieku i celu diagnozujemy), jak i adekwatność tego, co planuje się zbadać, w stosunku do tego, co jest istotne z perspektywy potrzeb osoby badanej. Kluczowe są metody diagnostyczne, jak również to, kto diagnozę tę przeprowadza (tzn. kim jest diagnosta, jaka jest jego pozycja i stosunek do osoby badanej). Innymi kryteriami diagnostycznymi posługują się specjaliści w diagnostyce medycznej (pediatra, neurolog dziecięcy), innymi psycholog i pedagog. Optymistyczne jest jednak to, że coraz częściej we współczesnej diagnostyce preferuje się całościowe profesjonalne podejście do dziecka i na etapie określenia konieczności wczesnej interwencji terapeutycznej możliwa jest diagnoza bardziej kompleksowa niż przed laty, włączająca diagnostykę opiekuńczą i psychologiczno-pedagogiczną. Niezwykle ważne – dla uzyskania obiektywizacji w procesie diagnozowania – jest przeprowadzenie obu typów diagnoz: negatywnej (skoncentrowanej na deficytach czy zaburzeniach) i – co niezwykle istotne – poznawczo-pozytywnej (skupionej na potencjale indywidualnym i zasobach, jakimi dysponuje badana osoba)¹³. Problematyka diagnozy rozpatrywanej w takim aspekcie nie sprowadza się wyłącznie do pytania o to, w jaki sposób i jakimi narzędziami mierzyć potencjalne nieprawidłowości występujące u dziecka, lecz chodzi także o to, do jakich kryteriów odnieść uzyskane wyniki pomiaru. Ważne jest, jakie kryteria przyjąć, by uzyskać najbardziej obiektywny, prawdziwy obraz.

Przywołane spojrzenie pozwala zauważyć, że znaczącym kryterium w procesie weryfikacji wyniku badania stanowi uwzględnienie układu odniesienia. Przyjęty układ odniesienia porządkuje efekty badania, uwierzytelnia je i wyznacza postępowanie zgodne z określonym modelem (typem) diagnozy¹⁴. Nie bez powodu w diagnostyce opiekuńczej¹⁵ ocenia się i analizuje jakość opieki sprawowanej nad dzieckiem i określa poziom zaspokajania potrzeb dziecka przez jego środowisko rodzinne, szczególnie przez osoby znaczące (najbliższe osoby mające wpływ na standard życia i warunki wychowania). Istotę rozpoznania diagnostycznego stanowi w tym przypadku zdiagnozowanie potrzeb związanych z funkcjonowaniem rodziny i mechanizmów komunikacji przyjętych w rodzinie, traktowanej jako najważniejsze środowisko zapewniające dziecku opiekę i dostarczające wzorów do nauki różnych umiejętności.

¹³ W.J. Paluchowski, *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*, Warszawa: Scholar 2001; I. Obuchowska, *Osoby niepełnosprawne...*, dz. cyt.

¹⁴ A. Matczak, *Modele funkcjonowania intelektualnego w diagnozie zdolności*, „Psychologia Wychowawcza” 1986, t. 29, nr 5.

¹⁵ B. Skalbani, *Diagnostyka pedagogiczna...*, dz. cyt.; E. Trempała, *Diagnostyka opiekuńcza*, w: *Encyklopedia pedagogiczna* red. W. Pomykała, Warszawa: Fundacja „Innowacja” 1993.

Dlatego podczas diagnozowania dziecka ze znacznie opóźnionym rozwojem mowy, opóźnieniami psychomotorycznymi, a także dziecka wycofanego oraz z innymi problemami w obszarze elementarnej komunikacji (w tym pierwotnych prób autoprezentacji) ważne jest uwzględnienie układu rodzinnego, panujących w nim relacji emocjonalno-społecznych, jakości tych relacji i czasu spędzanego z dzieckiem, jak również warunków do komunikacji językowej i pozajęzykowej. Dysfunkcjonalność środowiska domowego i brak w nim poczucia bezpieczeństwa mogą powodować występowanie u dziecka trudnych do skompensowania deficytów w obszarze odczuwania i wyrażania emocji, ponieważ brakuje mu sprzyjających wzorów do komunikacji (zarówno na poziomie intencjonalnych potrzeb komunikacji językowej, jak i pozajęzykowej).

Jak wskazują badacze procesów rozwojowych, wczesne formy komunikowania się dziecka z otoczeniem mają swój początek w pierwszych miesiącach życia za pośrednictwem postępujących, progresywnych, coraz bardziej świadomych form aktywności ruchowej¹⁶. Są one odpowiedzią na rozpoznawane bodźce odbierane od osób bliskich w otoczeniu. Pierwsze kompetencje do komunikowania się z dorosłymi u prawidłowo rozwijających się dzieci obserwuje się już w 1. i 2. roku życia. Rozwijają się wówczas naprzemienność, umiejętność podzielania uwagi i posługiwania się gestami wskazującymi. Wczesna komunikacja społeczna zdrowego, prawidłowo rozwijającego się dziecka rozpoczyna się zatem od 2.–3. miesiąca życia (od etapu podążania wzrokiem za matką), a w 8. miesiącu pojawia się umiejętność skupiania uwagi na tych samych przedmiotach, na których koncentruje się matka. Kolejne, wyższe umiejętności wykazują już piętnastomiesięczne dzieci – lokalizują przedmiot, na którym było skupione spojrzenie mamy nawet wtedy, kiedy był on poza ich polem widzenia (szczególnie wówczas, gdy nie dostrzegały bliżej bardziej atrakcyjnego przedmiotu). Umiejętności te w 1991 roku zbadał George Butterworth. W prowadzonych przez niego badaniach uczestniczyły dzieci w wieku od 6. do 18. miesiąca, a eksperyment polegał na tym, by dziecko zwróciło uwagę na przedmiot, którym – zachowując milczenie i angażując jedynie wzrok – interesuje się mama. Analiza zgromadzonych w badaniach danych doprowadziła do wyróżnienia trzech stadiów rozwoju umiejętności podążania za spojrzeniem, które jest ważnym elementem współtworzącym umiejętność wspólnej uwagi, a następnie wymiany/zabawy w diadzie. Pierwszy taki okres – u prawidłowo rozwijającego się dziecka – przypada

¹⁶ Aktywność ruchową uznaje się za najważniejszą – zob. M. Czub, *Wiek niemowlęcy. Jak rozpoznać potencjał dziecka?*, w: *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, red. A.I. Brzezińska, Gdańsk: GWP 2005, s. 41–66.

około 6. miesiąca życia, kiedy niemowlę zwraca się w tym samym kierunku co matka, nie rozpoznając jeszcze obiektu jej zainteresowania. Zaistnienie takiej sytuacji może potwierdzać siłę działania opisywanego przez Urię Bronfenbrennera mechanizmu ekologicznego. W 12. miesiącu życia niemowlę rozpoznaje obiekt, na który patrzy matka, i naturalnym ruchem głowy lokalizuje ten przedmiot, wykorzystując tzw. mechanizm geometryczny. W okresie poniemowlęcym (powyżej 12. miesiąca życia) dziecko bez problemu lokalizuje przedmiot obserwowany przez matkę, co jest dowodem występowania opisywanego przez psychologów mechanizmu reprezentacyjnego. Jak wskazują niektórzy autorzy¹⁷, opisane zdolności u dzieci przywoływane są w literaturze w kontekście badań nad wspólną uwagą/podzielaniem uwagi. Można powiedzieć, że moment angażowania się aktywności dziecka w kierunku dorosłych inicjuje etap angażowania się w dawanie i branie, stanowiąc tym samym przykład gotowości do wzajemnych relacji o charakterze triadycznym (osoba – przedmiot – osoba). Pokazuje to, że udział małego dziecka w zabawach wykorzystujących regułę naprzemienności, polegających we wczesnych etapach dzieciństwa na wymianie spojrzeń, gestów, a następnie naprzemiennym podawaniu sobie przedmiotu, jest niezwykle istotny w rozwoju. W tej wymianie dziecko uczy się bowiem zamiany ról (odbiorcy w nadawcę komunikatu/zadania). Nie bez powodu Michael Tomasello¹⁸ angażowanie się dziecka w interakcje i relacje triadyczne na tym etapie rozwoju nazywa „rewolucją dziewiątego miesiąca”. Wspomniana naprzemiennność, jako rozwijająca się kompetencja do podejmowania aktywności i reagowania w sytuacji wymiany komunikatów z drugą osobą, stanowi podstawę rozwoju pierwszych umiejętności społecznych dziecka. Jeśli rodzina stworzy taką optymalną sytuację rozwojową do nauki tej wymiany, dziecko będzie chętnie ją podejmowało, a jej efekty staną się źródłem przyjemności i społecznego uczenia się.

Nie wszystkie dzieci mogą doświadczyć takiej spontanicznej wymiany. Powodem trudności mogą być złożone pod względem etiologicznym ograniczenia stanu zdrowia i rozwoju samodzielności. Wówczas aktywność takiego dziecka rozwija się niewłaściwie i przebiega w sposób nietypowy. W szczególności dzieje się tak wówczas, gdy sprzężają się czynniki generujące jej przebieg. W sytuacji zaistnienia czynników patologizujących rozwój małego dziecka proces nauki przez naśladownictwo będzie

¹⁷ M. Białecka-Pikul, A. Białek, M. Stępień-Nycz, M. Karwala, *Odkrywanie kompetencji komunikacyjnych niemowląt. Skala Wczesnej Komunikacji Społecznej jako przykład narzędzia pomiarowego*, „Psychologia Rozwojowa” 2014, t. 19, nr 3, s. 51–68.

¹⁸ M. Tomasello, *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, przeł. J. Rączaszek, Warszawa: PIW 2002.

indywidualnie opóźniony, a działający prawidłowo system wsparcia rodzicielskiego w nauce tych umiejętności może się okazać niewystarczający.

O wiele bardziej złożona i trudna jest oczywiście sytuacja rozwoju dziecka w rodzinie z problemami, dysfunkcjonalnej. Pomocy potrzebuje tutaj zarówno dziecko, jak i jego rodzice, ponieważ bez włączenia rodziców w system wsparcia (na poziomie psychologicznym, społeczno-instrumentalnym i emocjonalnym) wczesna interwencja terapeutyczna nie przyniesie założonych efektów. Mam tu na myśli sytuacje, kiedy obraz kliniczny dziecka nie jest jeszcze rzetelnie zdiagnozowany, a jednocześnie mają miejsce negatywne mechanizmy obronne, takie jak: wyparcie/zaprzeczenie, odrzucenie emocjonalne dziecka przez rodziców. Innymi przykładami patogenicznych wpływów środowiska rodzinnego w okresie działania czynników ryzyka rozwoju są: ignorowanie problemu, indolencja, depresja, asocjacja czy inne zaburzenia społecznego funkcjonowania. Na drugim biegunie zachowań w podobnej sytuacji jest też często histeryczne poszukiwanie pomocy przez rodziców, skoncentrowane wyłącznie na własnych potrzebach, by uruchomić mechanizmy poprawy samopoczucia, nie przybliżając się do uczestniczenia w diagnozie. Pojawia się wówczas wiele zastępczych mechanizmów obronnych, które nie tylko nie służą uporaniu się z problemem, ale wręcz od niego oddalają. Wśród nich można wymienić: unikanie, zmaganie się z lękiem, stresem, represję, racjonalizację czy regresję zachowania. Reakcje środowiska rodzinnego na etapie próbnej diagnozy rozwoju dziecka mogą być zróżnicowane i specyficzne z uwagi na różny poziom rozwoju świadomości społecznej i mentalności rodziców, różnoraki bagaż doświadczeń rodzicielskich i społecznych, brak jakichkolwiek doświadczeń w tym temacie, wreszcie zróżnicowany poziom zaradności życiowej i umiejętności radzenia sobie ze stresem. W przypadku większości rodziców, zarówno tych o wysokich aspiracjach zawodowych, jak i o niskim statusie społeczno-zawodowym, może się pojawić wiele czynników generujących lęk przed nową sytuacją i tym, co ona w ich życiu przyniesie. Zaistnienie obiektywnych czynników zagrożenia prawidłowego rozwoju dziecka wywołuje z pewnością wiele efektów ubocznych w funkcjonowaniu emocjonalnym samego rodzica, co nakłada się na relacje z wymagającym rzetelnej diagnozy i profesjonalnej pomocy dzieckiem. Dodatkowym, przykrym w skutkach tłem potęgującym nieharmonijny rozwój dziecka może być niski status mentalny oraz społeczno-zawodowy i ekonomiczny rodziców, którzy znacznie gorzej radzą sobie z tą sytuacją.

Jaka diagnoza? W poszukiwaniu optymalnych sposobów oceny zachowania dziecka

Indywidualne potrzeby diagnozowania, niezadowolenie rodziców, jak również terapeutów z toku i tempa postępowania diagnostycznego wobec dzieci z deficytami rozwoju prowadzonego w poradniach psychologiczno-pedagogicznych wpłynęły na wzrost zainteresowania konstruowaniem bardziej czytelnego obrazu dziecka i jego najbliższego środowiska wychowawczego przez osoby bezpośrednio na nie oddziałujące. Są to specjaliści pracujący z dzieckiem bądź dopiero do tego powołani – pedagodzy, terapeuci, rehabilitanci, logopedzi. Za niezwykle ważne – na etapie wczesnego wsparcia terapeutycznego i wczesnego wspomaganie rozwoju – uważa się rozpoznanie nawyków i umiejętności funkcjonalnych dziecka, czyli zarówno możliwości, jak i utrudnień w procesie rozwoju podczas jego wspierania, a także konstruowania adekwatnego do potrzeb i możliwości dziecka programu rehabilitacyjnego w obszarach terapii, edukacji i wychowania¹⁹. Coraz częściej dostrzega się potrzebę kompleksowości w diagnozowaniu, którego ważnym ogniwem jest określenie poziomu funkcjonalnego dziecka. Diagnoza funkcjonalna wskazuje najważniejsze obszary rozwoju psychomotorycznego, w których powinny się pojawić właściwe dla wieku rozwojowego umiejętności. Wiek rozwojowy wyznacza zakres potencjalnych, oczekiwanych umiejętności, z uwzględnieniem tego, czy priorytetowe rozwojowo potrzeby dziecka są realizowane przez osoby sprawujące opiekę i organizujące warunki niezbędne do rozwoju. Diagnoza funkcjonalna jest zatem jednym z ważnych ogniw procesu diagnostycznego. Prowadzona przez pedagoga i psychologa również powinna być procesem wielozakresowym. Szeroki obiekt postrzeganych zjawisk i sytuacji codziennych daje szansę zdiagnozowania najważniejszych rozwojowo potrzeb dziecka w danym okresie wraz z oceną aktualnego momentu rozwojowego. W tym miejscu szczególnie istotne wydaje się rozróżnienie procesu diagnozowania, jak również jego efektu, jakim powinna być sama diagnoza.

W badaniach międzynarodowych naukowe ujęcie diagnostyki rozwojowej funkcji psychicznych (emocjonalno-społecznych) i psychomotorycznych określane jest jako badanie Child-Development. Pomimo międzynarodowego ich charakteru i rangi, wyniki owych badań – na ogół – w praktyce, zwłaszcza w obszarach diagnozy, wczesnej interwencji i terapii dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem, nie mają jednak zastosowania. Jak

¹⁹ *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju...*, dz. cyt., s. 56.

wskazują autorzy Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej²⁰, psychologiczne studium rozwoju dziecka postrzegane jest bardziej z perspektywy teoretycznej w porównaniu z medycyną i obszarami diagnostyki rozwojowej. Chodzi o nowe, całościowe pryncypium postępowania diagnostycznego i dostosowane do niego działanie terapeutyczne. Na gruncie medycznym powstało – w związku z tym postulatem – określenie „pediatria etologiczna”. Diagnostyka rozwoju dziecka oparta na etologii sytuuje się tuż obok pediatrii oraz prowadzonej w niej diagnozy fizjologicznej i morfologicznej jako równorzędne narzędzie badawcze. W postępowaniu klinicznym etologia korzysta z wiedzy na temat zachowań dzieci i możliwości ich modyfikacji. Diagnostyka rozwoju wykorzystująca tę metodę pozwala opisać funkcje psychomotoryczne poprzez rejestrowanie reakcji emocjonalnych oraz sposobów zachowania i tym samym uzyskać wgląd w rozwój tych zachowań w poszczególnych etapach dzieciństwa. Zaletą stosowania tej metody jest to, że umożliwia zauważenie nieprawidłowości w zachowaniu dziecka, między innymi takich, które powstają na skutek nieprawidłowo oddziałujących ekologicznych wpływów na środowisko. Po raz pierwszy w formie instytucjonalnej zaistniała z udziałem niemieckiego diagnosty Theodora Hellbrügge’a w klinice pediatrii społecznej Kinderzentrum München. Ważną cechą, jaka uwidocznia się w diagnostyce tak rozumianej pediatrii społecznej, jest możliwość wczesnego wykrycia opóźnień rozwojowych, na poziomie wczesnej diagnostyki zaburzeń psychomotorycznych. Daje to szansę nie tylko na szybką interwencję i pomoc terapeutyczną, lecz także na wczesne leczenie i usprawnianie. Takie podejście wymaga także interdyscyplinarnego, całościowego wglądu w procesy i mechanizmy rozwojowe dziecka, jak również ujednoliconej terminologii zgodnie używanej przez pediatrę i psychologa dziecięcego.

Zintegrowany system wsparcia w procesie diagnostycznym

Współczesna diagnostyka i kompensacja deficytów u dzieci z odchyleniami od normy zmierza do wyrównywania poziomu założonego modelu w zakresie zaspokajania potrzeb i kształtowania postaw prorozwojowych za pośrednictwem udzielania pomocy dziecku, rodzicowi i całej najbliższej rodzinie. Systemowe podejście wydaje się w tej sytuacji uzasadnione. Elementem niezwykle ważnym w procesie wsparcia rozwoju dziecka i funkcjonowania rodziny jest model odniesienia. Wiąże się z kategorią adekwatności rozwojowej, co sprawia, że jest kategorią zmienną, zależną

²⁰ T. Hellbrügge, F. Lajosi, D. Menera, R. Schamberger, T. Rautenstrauch, *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa...*, dz. cyt., s. 39.

nie tylko od potencjału zdrowia i rozwoju – stanu fizycznego i psychicznego dziecka, lecz także od środowiska rodzinnego i zakresu jego funkcjonalności, uwarunkowanej wspomnianym już poziomem świadomości, kompetencji, zaradności rodziców. Jeśli z jakiegoś powodu układ rodzinny okazuje się dysfunkcyjny, sytuacja taka powoduje ryzyko dysfunkcjonalności rozwoju dziecka.

Analiza złożonych sytuacji wspierania rozwoju dziecka z grupy ryzyka rozwojowego (lub niepełnosprawnego) pozwala na stwierdzenie, że we współczesnej praktyce wczesnej interwencji niezbędne jest przyjęcie kilku ważnych założeń, porządkujących sposób myślenia i działania. Odwołują się one do ekologicznej teorii rozwoju człowieka, konieczności przyjęcia perspektywy prewencyjnej, kompleksowego i dynamicznego ujęcia rodziny (zgodnego z systemową teorią rodziny), a także – nieodzownej w obszarach diagnozy – indywidualizacji podejścia²¹. Nawiązują też do elementarnych i priorytetowych aspektów omawianych spraw, sytuujących działania interwencyjne w przestrzeni obserwowanych czynników zmian. Warto spojrzeć na wymienione elementy, by uniknąć wybiórczego oglądu omawianych kwestii.

Problemy nieharmonijnego rozwoju, deficytów, dysfunkcji czy zaburzeń rozwoju dziecka nie mogą być rozpatrywane w izolacji od kontekstu rozwojowego i środowiskowego. To określone warunki rozwoju, adaptacji i wpływów otoczenia społecznego współtworzą zespół aktywnych czynników sprzyjających bądź ograniczających tempo i zakres zmian rozwojowych. W procesie tworzenia programów wczesnej interwencji zastosowanie znajdują modele wyjaśniające nieomal symbiotyczną współzależność dziecka i elementów środowiska, w którym żyje. Z pewnością jednym z modeli wyjaśniających rolę podsystemów (rodziny, osób znaczących, środowisk i oddziaływań instytucjonalnych) jest model ekologii rozwoju człowieka U. Bronfenbrennera. Założenia teoretyczne tego modelu stanowią ważną próbę ukazania wszystkich czynników społecznych oddziałujących na rozwój dziecka. Odwołują się do przekonania, że w rozwoju środowisko społeczne jest układem wzajemnie dopełniających się podsystemów. Każde dziecko rozwija się w innym środowisku, odmiennym kontekście, począwszy od narodzin, funkcjonowania w określonej rodzinie, etapów adaptowania się do zmian w istniejącym środowisku i jego społecznych wymagań. Powoduje to między innymi, że każde dziecko (podobnie jak młodzież i dorośli) samo kształtuje swój stosunek do świata i funkcję, jaką

²¹ R.J. Simeonsson, *Early Childhood Intervention: Toward a Universal Manifesto*, „Infants and Young Children” 2000, vol. 12(3), s. 4–8; M. Skórczyńska, *Podejście zorientowane na rodzinę we współczesnej teorii i praktyce wczesnej interwencji*, w: *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju...*, dz. cyt., s. 281–286.

w nim pełni. Indywidualnie także rozwija swoją aktywność, którą można traktować jako odpowiedź z jednej strony na indywidualne potrzeby, z drugiej – na oczekiwania i wymogi środowiska. Aktywność ta w miarę upływającego czasu ulega licznym zmianom i modyfikacjom, szczególnie wraz z wchodzeniem w nowe role społeczne i realizowaniem zadań rozwojowych²². Sytuacja taka sprzyja podejmowaniu nowych działań. Pomimo że kwestie aktywności, ról społecznych oraz zadań rozwojowych wydają się bardziej typowe dla osób dorastających i dorosłych, to założenie to jest aktualne również w przypadku małego dziecka i jego rodziny. Zarówno dziecko, jak i jego rodzice (a także inne znaczące osoby w jego życiu) podlegają procesom aktywności i społecznej aktywizacji. Różne są jednak – bo związane z wiekiem, rodzajem wsparcia i własnymi możliwościami (po-tem także z ich oceną) – motywy tej aktywności²³. Takie przejście w modelu U. Bronfenbrennera²⁴ traktuje się jako kluczowe momenty w rozwoju. Noszą one nazwę „przejścia ekologicznego”. Ponadto zastosowanie modelu ułatwia (może nawet umożliwia) dostrzeganie relacji między określonymi środowiskami, które bezpośrednio i pośrednio oddziałują na nabywane przez dziecko doświadczenia. Wiele jest – zdaniem autora modelu – takich środowisk znaczącego oddziaływania, które tworzą układ zamknięty. Zawierają się w nim kolejne systemy, których wzajemne oddziaływanie/interaktywność wyznacza warunki rozwoju dziecka w rodzinie. Perspektywa ta okazuje się pomocna w poszukiwaniu społecznego tła wielu niepowodzeń rozwojowych małego dziecka, których konsekwencje dostrzega się w sposób bardziej zaawansowany na dalszych etapach rozwoju i edukacji.

²² Zadania rozwojowe związane są z wiekiem. Na każdym etapie rozwoju różnicują je zarówno nowe elementy konstytutywne pojawiające się w odpowiedzi na indywidualne potrzeby jednostki, jak i oczekiwania oraz wymogi wychowującego/socjalizującego otoczenia społecznego. Na ten piramidalny układ nakładają się złożone formy funkcjonowania w środowisku. Więcej na temat zadań rozwojowych w teorii rozwoju psychospołecznego można znaleźć w publikacjach Erika H. Eriksona, Roberta J. Havighursta oraz Daniela J. Levinsona.

²³ R. Vasta, M.M. Haith, S.A. Miller, *Psychologia dziecka*, przeł. M. Babiuch i in., Warszawa: WSiP 2004.

²⁴ Omówienie koncepcji U. Bronfenbrennera można znaleźć w: U. Bronfenbrenner, *Ekologia rozwoju człowieka – historia i perspektywy*, „Psychologia Wychowawcza” 1976, nr 5, s. 537–549; U. Bronfenbrenner, A.C. Crouter, *The Evolution of Environmental Models in Developmental Research*, w: *Handbook of Child Psychology*, vol. 1, ed. P.H. Mussen, New York: John Wiley & Sons 1988; A.I. Brzezińska, *Spółeczna psychologia rozwoju*, Warszawa: Scholar 2007; K. Ornacka, *Od socjologii do pracy socjalnej. Społeczny fenomen dzieciństwa*, Kraków: Wyd. UJ 2013.

Bibliografia

- Białecka-Pikul M., Bialek A., Stępień-Nycz M., Karwala M., *Odkrywanie kompetencji komunikacyjnych niemowląt. Skala Wczesnej Komunikacji Społecznej jako przykład narzędzia pomiarowego*, „Psychologia Rozwojowa” 2014, t. 19, nr 3.
- Bogdanowicz M., *Diagnoza dysleksji rozwojowej*, w: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Sopot: GWP 2012.
- Bronfenbrenner U., *Ekologia rozwoju człowieka – historia i perspektywy*, „Psychologia Wychowawcza” 1976, nr 5.
- Bronfenbrenner U., Crouter A.C., *The Evolution of Environmental Models in Developmental Research*, w: *Handbook of Child Psychology*, vol. 1, ed. P.H. Mussen, New York: John Wiley & Sons 1983.
- Brzezińska A.I., *Społeczna psychologia rozwoju*, Warszawa: Scholar 2007.
- Brzeziński J., Kowalik S., *Społeczne uwarunkowania diagnozy klinicznej*, w: *Społeczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa: WN PWN 1993.
- Cytowska B., Winczura B., *Wstęp*, w: *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków: Impuls 2006.
- Czub M., *Wiek niemowlęcy. Jak rozpoznać potencjał dziecka?*, w: *Psychologiczne portrety człowieka*, red. A.I. Brzezińska, Gdańsk: GWP 2005.
- Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków: Impuls 2006.
- Hellbrügge T., *Wstęp*, w: T. Hellbrügge, F. Lajosi, D. Menner, R. Schamberger, T. Rautenstrauch, *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwoju. Pierwszy rok życia*, wyd. 3, przeł. K. Kołodziej, G. Banaszek, Wrocław: Fundacja „Promyk Słońca” – Atut 2013.
- Hellbrügge T., Lajosi F., Menner D., Schamberger R., Rautenstrauch T., *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa. Pierwszy rok życia*, wyd. 3, przeł. K. Kołodziej, G. Banaszek, Wrocław: Fundacja „Promyk Słońca” – Atut 2013.
- Jarosz E., *Rozpoznawanie sytuacji psychospołecznej dziecka w rodzinie. Założenia zintegrowanego modelu diagnozy*, w: *Diagnostyka i profilaktyka w teorii i praktyce pedagogicznej*, red. M. Deptuła, Bydgoszcz: Wyd. UKW 2006.
- Jarosz E., *Wybrane obszary diagnozowania pedagogicznego*, Katowice: Wyd. UŚ 2002.
- Krasowicz-Kupis G., Wiejak K., Gruszczyńska K., *Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*, t. 1: *Narzędzia dostępne w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i szkołach*, Warszawa: IBE 2014.
- Marzec-Holka K., *Wybrane zagadnienia diagnostyki pedagogicznej. Skrypt dla studentów IV roku pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej studiów stacjonarnych oraz II i III roku studiów zaocznych*, Bydgoszcz: WSP 1990.
- Matczak A., *Modele funkcjonowania intelektualnego w diagnozie zdolności*, „Psychologia Wychowawcza” 1986, t. 29, nr 5.
- Obuchowska I., *Osoby niepełnosprawne. Diagnoza dla rozwoju*, w: *Diagnoza dla osób niepełnosprawnych*, red. D. Lotz, K. Wenta, W. Zeidler, Szczecin: Kwadra 2002.
- Ornacka K., *Od socjologii do pracy socjalnej. Społeczny fenomen dzieciństwa*, Kraków: Wyd. UJ 2013.
- Paluchowski W.J., *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*, Warszawa: Scholar 2001.
- Paluchowski W.J., *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy*, Warszawa: WaiP 2007.
- Siedlaczek A., *Diagnostyka pedagogiczna. Przewodnik metodyczny dla studentów pedagogiki*, Częstochowa: Wyd. WSP 1999.
- Simeonsson R.J., *Early Childhood Intervention: Toward a Universal Manifesto*, „Infants and Young Children” 2000, vol. 12(3).

- Skalbania B., *Diagnostyka pedagogiczna. Wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne*, Kraków: Impuls 2011.
- Skórczyńska M., *Podejście zorientowane na rodzinę we współczesnej teorii i praktyce wczesnej interwencji*, w: *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków: Impuls 2006.
- Stemplewska-Żakowicz K., *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*, Gdańsk – Sopot: GWP 2011.
- Tomasello M., *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, przeł. J. Rączaszek, Warszawa: PIW 2002.
- Trempała E., *Diagnostyka opiekuńcza*, w: *Encyklopedia pedagogiczna*, red. W. Pomykało, Warszawa: Fundacja „Innowacja” 1993.
- Vasta R., Haith M.M., Miller S.A., *Psychologia dziecka*, przeł. M. Babiuch i in., Warszawa: WSiP 2004.
- Wysocka E., *Człowiek a środowisko życia. Podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy*, Warszawa: Żak 2007.

The diagnosis of the inharmonious child's development – the important criteria for assessing the family's development conditions

Summary

The first and the most important action which should be taken in case of a child with inharmonious development is to diagnose the level at which his or her needs are met by his or her family environment, which becomes the background for the well understood diagnosis. The author points out the necessity for such needs and the current stage of child's development to be diagnosed as these two factors constitute two crucial elements of the accurate evaluation of the regularity in particular skills development – the psychomotor skills as well as perceptual and emotional – social ones. She stresses the need for complex approach while diagnosing and presents the moment of defining the child's functional level as the crucial link in the whole diagnosis process. For the functional diagnosis indicates the most vital areas of psychomotor development along with all the skills appropriate and relevant for the age of the child which should develop at a faster rate when well-organised care and favourable development conditions are ensured. Therefore, the functional diagnosis, because of its multi range, is undeniably one of the most important links of the diagnosing process. It is the wide perspective we apply to observe and perceive all the phenomena and everyday situations which gives as a chance to diagnose the most important, in terms of development, child's needs and provides us with the accurate evaluation of the child's current developmental stage. It seems particularly important here to distinguish between the process of diagnosing and its effect which is the diagnosis itself. The author refers to these two notions, emphasizing at the same time the significance of the punctuality of the developmental changes and the supportive actions aiming at ensuring the developmental safety of a child in a family.